

Demande d'une prestation pour survivants (*)

- ☐ pour le conjoint , le partenaire survivant (**)
☐ pour le conjoint divorcé ou l'ancien partenaire (**)
☐ en obtention du rachat de la rente de conjoint ou de partenaire
☐ en majoration d'une rente de conjoint ou partenaire survivant (article 102 al.3 du Code des Assurances Sociales)
☐ pour l'orphelin / les orphelins
☐ pour le parent survivant
☐ en obtention de l'indemnité funéraire

Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe

1. Renseignements concernant l'assuré(e) défunt(e)

Numéro d'accident / de maladie professionnelle (p.ex. U2002/42356) : ou à défaut date de l'accident : Nom : Prénom(s): Matricule: Dernière adresse:	 (lettre U ou L) (année)	 (n° à 5 positions)	Maladie professionnelle? ☐ (si oui, cochez ici)
	/	/	

2. Renseignements concernant le médecin ayant constaté le décès / le médecin traitant :

Veuillez indiquer ci-après les nom, prénom et l'adresse du médecin ayant constaté le décès / du médecin traitant

3. Renseignements concernant le demandeur

Nom: Prénom(s): Matricule: Adresse: Téléphone: Compte bancaire (IBAN) : Code (BIC) (***) : Relation avec l'assuré décédé : Date et lieu du mariage / de la déclaration de partenariat avec l'assuré(e) décédé(e) Ce mariage/partenariat a-t-il été dissous par le divorce/ la fin du partenariat ? Si oui, quand ? Avez-vous contracté d'autres mariages/partenariats ?	

☐ conjoint ☐ conjoint divorcé ☐ partenaire ☐ orphelin majeur

☐ autre relation -> à préciser :

Date :

Lieu :

☐ oui ☐ non

Date :

☐ oui ☐ non

(si oui, joindre pièces à l'appui : actes de mariage, de divorce, déclaration de partenariat....)

Avez-vous vécu avec le (la) défunt(e) en ménage commun ?	☐ oui ☐ non
Votre entretien a-t-il été à charge du (de la) défunt (e) ?	☐ oui ☐ non
Exercez-vous une activité professionnelle ? Si oui : cette activité est-elle exercée :	☐ oui ☐ non ☐ au Luxembourg ☐ à l'étranger -> veuillez préciser le pays :
Avez-vous payé les frais occasionnés par l'enterrement ?	☐ oui ☐ non -> Nom et adresse de la personne ayant payé les frais d'enterrement :

3a. En cas de demande en majoration d'une rente de conjoint/partenaire survivant :

Veuillez indiquer ci-après les nom, prénom et l'adresse de votre médecin traitant

4. Renseignements concernant les orphelins :

Nom et prénom de l'orphelin	Matricule ou date de naissance	Lieu de naissance	Observations (1)

(1) indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti, élève ou étudiant ou s'il exerce une occupation professionnelle .

4. Signature du demandeur

Je confirme l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage en outre à fournir tous les changements ultérieurs :

le

20

.....
 (signature)

Prière de joindre les pièces justificatives suivantes à la présente demande :

1) Un extrait de l'acte de décès de l'assuré(e).
 2) Un extrait de l'acte de mariage délivré après le décès de l'assuré(e).
 3) Un certificat d'études ou copie du contrat d'apprentissage pour chaque enfant âgé entre 18 et 27 ans.
 4) Une copie de l'acte de tutelle pour les orphelins de père et de mère mineurs.

Conformément à l'art. 398 du Code de la sécurité sociale les pièces à joindre à la présente demande sont délivrées gratuitement.

La demande est à adresser par courrier postal à :
l'Association d'assurance accidents - adresse postale : L-2976 Luxembourg

* = pour les demandes en obtention d'une rente personnelle, veuillez utiliser le formulaire y relatif
 **= au sens de l'article de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats